

Nom du client :

Bureau :

Date de l'évaluation :

Nom de l'ouvrier :

Personnel :

Date de l'impression :

Sommaire du service

Nom du client :

Date de l'évaluation :

Adresse :

Téléphone :

Ext. :

Ouvrier :

Sexe :

Âge :

Téléphone de l'ouvrier :

Ext. :

Contact d'urgence :

Téléphone :

() -

Type :

Aide-soignant de secours :

Téléphone :

() -

Type :

Langue

Principale :

Parle-t-il anglais ?

A-t-on besoin d'un interprète ?

Décideur de remplacement

Type :

Nom :

Téléphone :

() -

Type :

Médecin primaire :

Téléphone :

() -

Type :

Soutiens informels :

Nom

Téléphone

Soutiens officiels :

Soutiens officiels

Téléphone

French

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

Services

Le client a fonctionnellement le droit à :

Situation Vivante Prévues :

Classification :

Tarif quotidien :

Heures mensuelles :

Soin personnel

Équipe #1 _____

Équipe #2 _____

Équipe #3 _____

Total des heures autorisées _____

Le client a refusé l'aide pour les tâches suivantes :

Ce qui suit sont les besoins du client, qui satisfait ces besoins, et le programme préféré du client :

Fournisseur :

satisfera les besoins suivants :

Programme :

Jour	Période de temps	Heure du début	Heure de la fin

Fournisseur

satisfera les besoins suivants :

Programme :

Jour	Période de temps	Heure du début	Heure de la fin

French

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

Fournisseur :
satisfera les besoins suivants :

Programme :

Jour	Période de temps	Heure du début	Heure de la fin

Équipement :

Type	Qui agit	Acte de

Buts du client :
Description courte des buts :

Statut : **Qui agit :**

Description longue des buts :

Description courte des buts :

Statut : **Qui agit :**

Description longue des buts :

Description courte des buts :

Statut : **Qui agit :**

Description longue des buts :

Description courte des buts :

Statut : **Qui agit :**

Description longue des buts :

Plan du NSA :

Description du NSA :

Nom du directeur de cas :

French
Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page:

Numéro de téléphone du directeur de cas :

Le rôle du directeur de cas est de :

1. Conduire des évaluations et des réévaluations pour déterminer l'acceptabilité du programme et pour autoriser le paiement des services.
2. Développer un plan de soin avec la participation du client.
3. Vérifier que les services sont fournis conformément au plan de soin et modifier le plan comme nécessaire.

Les clients ont le droit de renoncer aux services de gestion du cas autres que ceux énumérés aux points 1, 2, et 3 ci-dessus.

J'ai pris conscience de toutes les alternatives que j'ai à ma disposition, et je suis d'accord avec le plan de service ci-dessus. J'autorise le Département des Services Sociaux et de Santé (DSHS) et/ou le Représentant de Aging Network à obtenir ou communiquer des informations nécessaires au développement de mon plan de service.

Signature du Client/Représentant

Date

Fournisseur

Date

Travailleur social/Signature du directeur de cas

Date

French

Client Name:

Date printed:

Assessment Date

Page: